

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

THÈSE

N°
517

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Srul WEISSBERG

Né le 15 Juillet 1907 à Moghilev (Russie)

Activité Médico-Sociale
des Dispensaires Antituberculeux
de l'Institut de Prophylaxie Sociale
DE L'AUBE

Président : M. L. TANON, Professeur
Membre de l'Académie de Médecine

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS (PALAIS-ROYAL)

—
1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Srul WEISSBERG

Né le 15 Juillet 1907 à Moghilev (Russie)

Activité Médico-Sociale des Dispensaires Antituberculeux de l'Institut de Prophylaxie Sociale DE L'AUBE

Président : M. L. TANON, Professeur
Membre de l'Académie de Médecine

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS (PALAIS-ROYAL)

1935

I. — PROFESSEURS

28

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
 HAZARD Pharmacologie
 HUGUENIN Anatomie pathologiq.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale.
 LEVEUF Patholog. chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologiq.
 PETIT-DUTAILLIS . . . Patholog. chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Patholog. chirurgicale.
 TROISIER Pathol. expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
 LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE
 AUBERTIN
 BRULÉ
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 PASTEUR-VALLERY-
 RADOT
 SEZARY

MM.

BASSET
 BROCCO
 CADENAT
 HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MOURE
 QUÉNU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE
 GUÉNIOT
 LE LORIER Clinique Obstétricale.
 LEVY-SOLAL
 METZGER

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien recevoir l'hommage respectueux de toute notre gratitude.*

A M. LE DOCTEUR PAUL BERTRAND
Membre de la Société Internationale pour l'Etude
des questions d'Assistance
Directeur de l'Education Sociale

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans notre travail par ses
bienveillants conseils. En témoignage de
notre profonde reconnaissance.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE STRASBOURG

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

AVANT-PROPOS

De toutes les affections qui sévissent en France, l'endémie tuberculeuse est incontestablement la plus grave au point de vue médical comme au point de vue social et économique. 150.000 décès par an. Par sa seule mortalité, la tuberculose coûte annuellement 1.200.000 années productives. La perte que nous cause chaque année la tuberculose doit être de l'ordre de grandeur d'une quinzaine de milliards de francs.

Existe-t-il aujourd'hui un remède spécifique contre la tuberculose ? Nous sommes encore impuissants à réaliser l'immunisation contre le bacille tuberculeux, il faut donc mettre en œuvre tous les procédés à rendre plus résistants à son atteinte les sujets prédisposés. Ceci est le but de la prophylaxie.

La tuberculose est une maladie sociale, on ne peut pas lutter contre la tuberculose dans le cabinet du médecin. Il faut envisager le problème de la lutte antituberculeuse sous un point de vue médico-social.

La plupart des tuberculeux sont des pauvres, ils n'ont pas les moyens pour se soigner, ceux qui sortent d'un sanatorium où ils ont été traités avec succès ne peuvent être perdus de vue et abandonnés à eux-mêmes. Un grand nombre restent des êtres diminués à qui il est difficile de reprendre leur place et leur travail dans la société. L'armée des tuberculeux pose d'énormes problèmes médicaux, sociaux et économiques, que seule une organisation dirigée et contrôlée par l'Etat peut résoudre.

Le « dispensaire » doit être le pivot d'une telle organisation. Pour toutes ces raisons, il nous a paru intéressant d'étudier l'organisation, le fonctionnement et l'activité des dispensaires de l'Institut de Prophylaxie Sociale de l'Aube, qui sont basés sur une conception médico-sociale de la lutte antituberculeuse.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur Tanon qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nos remerciements vont également à M. le Docteur Bertrand, pour l'intérêt qu'il a bien voulu apporter à la réalisation de ce travail. S'il nous a été possible de faire cette thèse, c'est grâce aux conseils de M. le Docteur Bertrand, que nous remercions bien sincèrement.

I. — LA TUBERCULOSE DANS LE DEPARTEMENT DE L'AUBE

L'étude de la tuberculose dans les principaux pays montre que malgré le progrès de la phthisiologie française qui a enrichi de nouvelles acquisitions précieuses, l'œuvre impérissable de Laennec, la tuberculose sévit en France en proportion plus grande que dans les pays voisins.

Le département de l'Aube est parmi les 14 départements de France où la mortalité et la morbidité par tuberculose est supérieure à la moyenne. On y compte, pour 100.000 habitants, 180 décès par la tuberculose. Par comparaison des caractéristiques des populations des différents départements avec celle de l'Aube, il est possible de dégager les facteurs de la surmortalité : misère, problème des taudis, alcoolisme, ignorance, instruction ménagère insuffisante etc...

La mortalité rurale est légèrement supérieure à la mortalité urbaine, ceci s'explique soit par la migration à la campagne des tuberculeux des villes, dont la mort est enregistrée à la commune du décès (Docteur H. Hazeman), soit par les conditions de travail et d'hygiène déplorables.

Il est extrêmement difficile d'établir un chiffre de la morbidité tuberculeuse, on peut estimer cependant, en se basant sur les statistiques des dispensaires de l'Aube, que le chiffre de la morbidité est de 100 à 150 tuberculeux avérés pour 1.000 habitants.

Il résulte de cette statistique que les ravages que fait la tuberculose dans ce département, sont très élevés.

L'expérience tirée du passé des dispensaires et de toute l'activité des institutions prophylactiques et sociales de l'Aube, prouve cependant que l'on peut enrayer le fléau par une lutte rationnellement entreprise. Le but de cette thèse est de le démontrer.

II. — LES PIONNIERS DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS L'AUBE

Les premiers pas de la lutte antituberculeuse dans le département de l'Aube ont été faits par la « Société d'Etudes et d'Applications sanitaires de l'Aube », créée en 1902, grâce à l'inlassable activité du Docteur Paul Bertrand, qui a su grouper et faire prospérer tout un ensemble d'œuvres d'hygiène et d'éducation sociale en faveur de la prophylaxie anti-tuberculeuse. Le but de ces œuvres a été d'opposer à la maladie, à l'ignorance et à la contagion, les préceptes modernes de l'hygiène et de la prophylaxie. Les hivers 1903 et 1904 marquent l'organisation et le développement des conférences sanitaires cantonales et rurales destinées à montrer aux populations laborieuses des champs, comment et pourquoi les cantons agricoles ont un accroissement de décès par tuberculose aussi élevé, et quels sont les moyens pour le combattre. Ces organisations publient des affiches, des tracts, des brochures plus suggestifs les uns que les autres, montrant le danger du logement insalubre, du surmenage, de la promiscuité, etc...

Les membres du corps médical les plus qualifiés et les plus dévoués se placent en tête de ce mouvement ; MM. les Docteurs Bertrand, Legendre, Sayoire, Professeur Ed. Furster, Grau, etc., ont ainsi inscrit leur nom dans le livre d'or de la prophylaxie comme les premiers pionniers de la lutte antituberculeuse de l'Aube.

En 1906, la « Société d'Etudes et d'Applications sanitaires » fait paraître son bulletin mensuel « L'Education Sociale », ce périodique reflète depuis trente ans toute la lutte antituberculeuse du département.

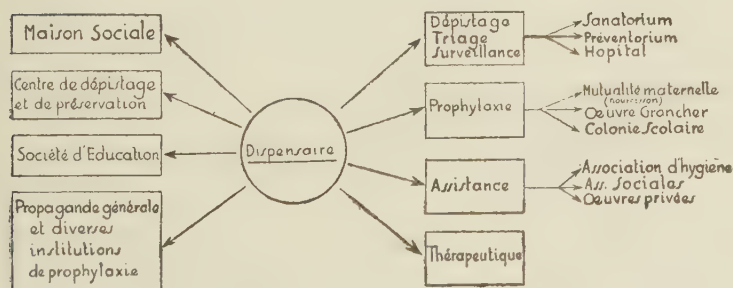
Dans l'année 1907-1908, naît une pépinière d'œuvres qui se complètent mutuellement et contribuent à la formation d'un « tout » représentant la première méthode de lutte directe et indirecte contre la tuberculose. Le « Poste Sanitaire communal » créé en 1908, établit une coordination de prophylaxie sociale et la première permanence communale de lutte antituberculeuse près de bureaux de l'Assistance. En 1909, la « Société d'Etudes et d'Applications sanitaires » crée l'Institut de Prophylaxie Sociale de l'Aube.

La Société d'Etudes et d'Applications sanitaires et toutes les organisations fondées par elle, se développent de jour en jour. Lauréate de la « Société Nationale d'Encouragement au Bien » en 1905, une médaille d'or lui est attribuée en 1908 par la « Société de Préservation contre la Tuberculose » la grande presse lui consacre d'élogieux articles ; la « Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire » écrit notamment : « Il n'est pas de département où l'on ait mieux compris la façon de rester jeune que dans celui de l'Aube, grâce à l'inlassable activité et au dévouement infatigable du Docteur Paul Bertrand et de son œuvre, la Société d'Etudes et d'Applications sanitaires ».

Nous pouvons assurément constater que les réalisations et l'activité des organisations de la lutte contre la tuberculose dans l'Aube permettent de les ranger à côté des œuvres de Calmette à Lille et de Courmont à Lyon.

III. — LES DISPENSAIRES DE L'INSTITUT DE PROPHYLAXIE SOCIALE

Dans la lutte antituberculeuse des organisations de prophylaxie de l'Aube, le dispensaire est le point de départ important, centralisateur. Son rôle est complexe et simple à la fois, comme l'est d'ailleurs le problème entier de la tuberculose. Le dispensaire est la gare régulatrice dans le réseau des œuvres et des institutions antituberculeuses, avec lesquelles il est en relation constante. Nous allons en envisager les différentes fonctions et l'organisation (V. schéma modifié de Brouardel et Arnaud).



I. — ORGANISATION

Trois dispensaires fixes furent créés, dont un dispensaire central à Troesy, les deux autres fonctionnent à Romilly-sur-Seine et à Bar-sur-Aube.

Dans le reste du département, il existe neuf dispensaires annexes, constituant le service rural. Les dispensaires ruraux fonctionnent à Aix-en-Othe,

Estissac, Nogent-sur-Seine, Mailly, Arcis-sur-Aube, Bar-sur-Seine, Vendeuvre, Brienne-le-Château, et à Dienville.

Dans les annexes, les consultations ont lieu une fois par deux semaines. Les consultations sont préparées par les visites préalables d'une infirmière-visiteuse, aidée dans certaines localités par des bénévoles (les instituteurs en particulier). L'aménagement des dispensaires ruraux est des plus simples, celui du dispensaire central, tout en n'étant pas luxueux, est assez ingénieusement installé. Il comprend les locaux suivants :

1° *Un grand hall d'entrée* : en face de l'entrée se trouve le bureau de l'infirmière chargée de donner les renseignements, rendez-vous, d'établir la partie non-médicale des fiches, etc.

2° *Salle pour pansements et injections.*

3° Plusieurs cabines individuelles de déshabillage.

4° Cabinet médical.

5° Salle de Radiologie.

6° Salle des agents physiques.

7° Laboratoire de bactériologie et d'analyses générales.

8° Salle d'orthopédie (non opératoire) et de collapsothérapie.

9° Bureau de l'Assistance Sociale.

10° Bureau du Médecin-Chef.

11° Annexes.

Le système des fiches médicales et sociales

Le système des fiches permet en effet d'arriver à un rendement effectif des dispensaires antituber-

culeux et de les suivre avec méthode et exactitude dans leur développement.

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici les détails du fonctionnement intérieur et extérieur des dispensaires par le système des fiches médicales et sociales et du fichier médical central, etc. L'unité de méthode adaptée dans la totalité des dispensaires de France nous dispense d'insister sur ce point.

II. — ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES

1° *Le travail de dépistage*

Le rôle essentiel des dispensaires est la découverte des sources de contagion par un dépistage méthodique et le diagnostic précoce des tuberculeux. Il ressort des statistiques du dispensaire que le nombre des cas dépistés précocement augmente d'année en année. Mais malgré le plus grand effort et le maximum d'attention que nous portons au dépistage précoce, 30 % environ de tuberculeux arrivent aux dispensaires assez tardivement lorsqu'ils sont incurables. Cette regrettable défaillance tient à deux causes : à l'insuffisance de nos moyens pécuniaires et par conséquent au nombre réduit des infirmières-visiteuses ; et aussi au fait que le malade, celui de la campagne en particulier, ne se décide à consulter que tardivement, lorsqu'apparaissent les signes alarmants, témoignant une lésion déjà trop avancée et souvent incurable. Pour remédier à ce facteur, les dispensaires collaborent directement à la propagande et à la campagne d'éducation entreprise par la « Maison Sociale », « L'Education Sociale », etc., dont le but est l'éducation du public, faire comprendre aux masses par les différents moyens (Ecole d'hygiène, Cinéma populaire, Bro-

chures, Musée médico-social, Bibliothèque) la nécessité d'examens cliniques et radiologiques répétés et périodiques ; attirer l'attention des Pouvoirs Publics sur l'importance des examens prophylactiques des enfants de l'école, à l'entrée dans l'apprentissage, dans l'administration, etc...

L'infirmière-visiteuse est le principal agent de dépistage, au cours de ses visites dans les familles, elle se trouve dans les conditions les meilleures pour découvrir les cas suspects et les adresser au dispensaire. Dans son service rural, elle est aidée par les instituteurs de la commune, par le maire, qui sont souvent des chaînons indispensables dans la réalisation de cette tâche fondamentale du dispensaire : le dépistage. Ce travail est dans certaines circonscriptions très aggravé par le fait que les médecins praticiens ne comprennent pas encore l'importance de nos dispensaires et du rôle clinique et social que les dispensaires de l'Institut de Prophylaxie Sociale de l'Aube attendent d'eux. Un second facteur qui alourdit le travail de dépistage est l'absence d'une inspection médicale des usines et des écoles. Il est le devoir des Pouvoirs Publics de remédier à cette situation. La Journée Sociale de 1935 y pourvoit de nouveau.

En attendant nous faisons le dépistage par enquête sociale à domicile suivie de dépistage clinique au dispensaire. Incontestablement cette tâche est fort délicate en ce qui concerne les malades des campagnes éloignées, mais depuis quelques années nous réussissons toujours à examiner et à surveiller régulièrement les suspects et l'entourage — surtout les enfants — ce qui a permis un travail productif à tous égards.

2° *Le travail de triage et de surveillance*

Les malades qui se présentent au dispensaire sont :

a) les non-tuberculeux ; b) les suspects ou pré-tuberculeux, et c) les tuberculeux.

a) Les premiers n'ont rien à faire dans le dispensaire, on les oriente chez leur médecin ou sur une consultation hospitalière pour traiter les troubles qu'ils présentent.

b) Les « suspects » sont soumis à des examens radiologiques et bactériologiques en série. S'ils ne se présentent pas, l'infirmière-visiteuse a pour mission de leur rappeler la nécessité de nouveaux examens et de les mettre en garde contre le danger qu'ils courent en ne s'y soumettant pas. Les pré-tuberculeux sont dirigés sur un préventorium, selon le cas, ou placés à la campagne.

c) Enfin, à l'égard d'un tuberculeux avéré, le médecin du dispensaire prend suivant le cas, l'une des décisions suivantes : cure sanatoriale, hospitalisation ou cure libre. Les malades justiciables d'une cure libre trouvent au dispensaire non seulement des conseils sur ce qu'ils doivent faire pour éviter la contagion autour d'eux, mais aussi un traitement dirigé par un médecin spécialisé.

3° *La prophylaxie*

a) *La prophylaxie chez les enfants de l'âge préscolaire*

La prophylaxie de la tuberculose chez le nourrisson et les enfants du premier âge, nous apparaît comme un facteur primordial de lutte anti-tuberculeuse. Personne n'admet plus aujourd'hui que la tu-

berculose du nourrisson doive être considérée comme une maladie congénitale : l'infection ovulaire n'existe certainement pas, l'infection transplacentaire est si exceptionnelle qu'elle est pratiquement sans aucun intérêt. C'est la contagion interhumaine qui est responsable de l'infection bacillaire du nourrisson.

En quoi consistent les mesures prophylactiques que nous employons ?

1° C'est à l'infirmière-visiteuse qu'il appartient, lorsque dans une famille de tuberculeux survient une grossesse de prendre les mesures nécessaires : Si c'est la mère qui est contagieuse, l'infirmière l'enverra aux consultations prénatales, elle la dirige au moment opportun sur une maternité ou chez une sage-femme qui, prévenue par le dispensaire, prendra les précautions nécessaires pour éviter la contamination du nouveau-né. Si c'est le père qui est contagieux, il faut l'isoler.

Dans les premières années de l'activité des dispensaires, on a rencontré très souvent chez le père une opposition à une cure sanatoriale.

Cette mentalité a été partiellement vaincue, et il est un fait actuellement observé tous les jours ; si le père est informé que son enfant est menacé par sa présence à la maison d'une méningite, il se décide à coup sûr à le faire soigner. La préservation de la première enfance est assurée : d'une part directement par la vaccination préventive de Calmette-Guérin, d'autre part indirectement, soit par la séparation des enfants du foyer contaminé suivant le principe de Grancher et en le plaçant en nourrice à la campagne, soit en pratiquant la séparation relative de la mère et de l'enfant accompagnée de précautions très strictes. Dans ce mode de séparation relative, un rôle indiscutable est accompli par la

visiteuse, elle explique à la mère comment elle doit s'occuper de son nourrisson, sans l'embrasser sur la bouche, en évitant de tousser près de lui, en surveillant, en un mot, chacun de ses gestes.

2° La vaccination anti-tuberculeuse est entrée dans la pratique de nos dispensaires en 1928. Au cours de cette année, le nombre de vaccinations s'est élevé à 32. Depuis, cette pratique a progressé régulièrement.

Depuis la fin de 1930, la prophylaxie du nourrisson par les consultations prénatales et par la vaccination B. C. G. appartient au Service de la « Mutualité Maternelle » et n'est plus sous la surveillance directe des dispensaires. Au dispensaire incombe la tâche de prendre toutes les dispositions utiles pour le développement et la progression de ces facteurs de prophylaxie infantile.

b) La prophylaxie de la tuberculose chez les enfants à l'âge scolaire

La prophylaxie varie suivant les cas. La cutiréaction est faite systématiquement :

1° Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant absolument sain, à cutiréaction négative, mais qui vit en milieu contaminé, il importe au premier chef d'éviter la contamination, ceci est fait par une de deux façons. S'il est possible d'éloigner le semeur de germes en le plaçant dans un sanatorium, la séparation sera efficace et l'enfant pourra rester dans la famille. Mais la longue attente avant d'entrer au sanatorium, attente qui dure de 3 à 4 mois, est un grand danger tant pour l'enfant que pour le malade.

Trop souvent, cette solution n'est pas réalisable, la séparation de l'enfant de la famille — si pénible qu'elle soit — devient une nécessité. L'enfant

est placé par l'OEuvre Grancher (filiale de l'Aube) dans une famille de paysans sains, il ne rentrera chez lui que lorsque la contagion aura disparu. Dans certaines criconscriptions cantonales, le placement familial est difficile à faire accepter et nous devons parfois avoir recours au placement intra-familial, chez un membre de la famille du malade, après l'avoir constaté sain.

Il arrive assez souvent que des enfants chétifs anémiques, présentant des signes cliniques et radiologiques valables d'adénopathie trachéo-bronchique, ont cependant une cuti-réaction négative. Ces enfants représentent 15 % des cutis négatives observées dans nos dispensaires en 1934. Dans ces cas, nous ne tenons pas compte de la cuti-réaction négative et nous adressons ces enfants dans un préventorium.

Les enfants à cuti-réaction positive ne sont pas ipso facto justiciables du préventorium. Parmi l'ensemble de ces malades, on choisit pour le préventorium ceux dont les lésions et le mauvais état général sont manifestes, les autres étant justiciables du placement par l'œuvre Grancher, s'ils sont en bon état de santé, ou de colonies de vacances 2 à 3 mois par an si l'état général est légèrement déficient.

c) La prophylaxie de la tuberculose dans les familles

Le milieu familial réalise par excellence le maximum de contacts intimes et répétés entre le malade et son entourage bien portant. C'est dire que c'est sur la famille du malade que le dispen-

saire doit centrer toutes les mesures d'hygiène. On ne peut pas concevoir ce mode de prophylaxie sans l'intervention de l'infirmière-visiteuse.

Les expériences qui ont été faites depuis quinze ans dans le département de l'Aube et les résultats obtenus établissent que l'infirmière-visiteuse est la collaboratrice indispensable du médecin et du malade.

Elle donne au malade qu'elle visite les explications nécessaires pour appliquer le traitement qui lui a été ordonné par le médecin. Elle est la terminaison nerveuse sensitive et motrice du dispensaire (Burnet).

Le maximum d'attention est porté à la tuberculose conjugale. Nous ne tiendrons pas compte ici de la contamination et la prophylaxie chez les enfants, cette question étant traitée dans un chapitre spécial. La contamination des autres membres adultes de la famille n'est pas rare, nous en avons relevé dans les observations cliniques du dispensaire de Troyes, — dont le matériel scientifique est inépuisable — plusieurs cas.

Il est établi que le risque de contamination conjugale est de 22 à 30 %. Il y a donc intérêt — et nos dispensaires le font régulièrement — de soumettre à des examens radiologiques et bactériologiques en séries, tous les membres de la famille d'un tuberculeux, et ceci au minimum jusqu'à deux ans après la mort du malade, s'ils sont restés en contact jusqu'à la fin.

IV. — LE DISPENSAIRE COMME CENTRE THERAPEUTIQUE

Si la loi Léon Bourgeois a, en effet, posé en principe que le dispensaire ne doit donner de soins qu'exceptionnellement et qu'aux seuls indigents, la pratique et les acquisitions nouvelles de la thérapeutique antituberculeuse, sont venues modifier ce point de vue. Les indications de la collapsothérapie se rencontrent fréquemment dans nos dispensaires, sa fréquence est allée croissante d'année en année : de 20 à 30 % des cas de tuberculose évolutive diagnostiquée. Créer un pneumothorax artificiel est un devoir moral pour le médecin spécialisé du dispensaire, j'ose dire le plu surgent et le plus noble, car il s'agit de sauver la vie d'un malade. Mais ce devoir noble comporte en même temps une grande responsabilité. Pour pouvoir créer un pneumothorax dans de bonnes conditions, le dispensaire sera enrichi d'un lazaret à 20 lits.

La création d'un pneumothorax ne sera d'ailleurs envisagée qu'à titre tout à fait exceptionnel. A côté du pneumothorax il existe encore une série de traitements réalisables dans un dispensaire moderne, c'est le cas avec l'orthopédie non opératoire dans les diverses formes de tuberculose osseuse ; le traitement aurique et le traitement par les agents physiques. Lorsqu'il s'agit d'indigents, notre dispensaire les fait bénéficier gratuitement de ce traitement, sans violer en quoi que ce soit le texte de la résolution adoptée par la Confédération des Syndicats Médicaux de France.

V. — L'ASSISTANCE AUX TUBERCULEUX

On ne peut pas mener une lutte active contre la tuberculose sans assurer au malade une assistance intégrale. Il résulte de certains rapports du département de l'Aube que les tuberculeux se décident rarement à se faire hospitaliser. Hélas ! C'est une erreur profonde ; les faits observés tous les jours démontrent le contraire. Le tuberculeux à qui on explique le grand danger de contamination pour sa famille se décide rapidement à entrer au sanatorium ou à l'hôpital ; mais trop nombreux sont les tuberculeux qui sont privés de ressources pour se soigner, beaucoup d'entre eux travaillent et leur départ en établissement de cure privera leur famille de moyens d'existence. Le rôle du dispensaire est par conséquent d'assurer au malade le traitement nécessaire et de venir en aide à sa famille. Le service social de nos dispensaires se charge de toutes les interventions auprès des Assurances Sociales, les mairies, les comités de bienfaisance, etc... pour permettre le départ rapide du tuberculeux en établissement de cure.

Malheureusement, l'admission d'un tuberculeux indigent en sanatorium public demande toujours un assez long délai. Cette longue attente imposée au malade peut être grave de conséquences. Pour les éviter, nous plaçons le malade à titre onéreux, en attendant la prise en charge par les services publics. Pour venir en aide à la famille d'un malade indigent, le dispensaire lui apporte une aide matérielle, il confie la garde des enfants à des œuvres privées et philanthropiques, fonctionnant en liaison avec l'Institut de Prophylaxie sociale. Il consulte de statistiques publiées que le nombre de per-

sonnes secourues directement par le service social du dispensaire, va en augmentant. La moyenne annuelle est de 12.000 unités (bons d'alimentation, vêtements, aides matérielles). Par l'intermédiaire de l'assistance sociale, le dispensaire apporte au malade et à sa famille une assistance morale, ce qui est, en matière de tuberculose, d'une valeur indiscutable.

La famille dont un des membres est frappé de tuberculose, est bien souvent une famille désorientée, bouleversée. Elle ne sait à qui faire appel pour soigner son malade. Elle se perd dans la complexité des lois sociales et ignore les organismes divers qui pourraient la secourir.

L'assistante sociale du dispensaire étudie chaque cas et devient le guide et le conseiller du malade. Elle lui indique les démarches à faire pour assurer son hospitalisation, et lui apporte les encouragements et la confiance dont il a trop besoin. La tâche d'assistance des dispensaires se trouve allourdie par la privation d'un établissement de cure dans le département. Certainement le jour où le département disposera d'un nombre de lits de sanatorium suffisant, sera le moment décisif pour l'assistance méthodique et pour toute la lutte antituberculeuse dans l'Aube.

Quelle est donc la forme sanatoriale la plus favorable pour le département de l'Aube, qui répondra le plus efficacement aux conditions locales ?

Le sanatorium est indispensable, l'hôpital-sanatorium est encore d'une nécessité plus urgente. Il semble que l'hôpital-sanatorium convienne actuellement mieux que tout autre pour le département de l'Aube, par son maximum de rendement. Il offre en même temps la possibilité d'une hospitalisation rapide, d'une cure sanatoriale, et enfin il assure l'hospitalisation des tuberculeux avancés ou fébriles

dont le nombre est actuellement très grand dans le département.

Comment le réaliser ? Ceci n'est pas de notre compétence mais il existe cependant des solutions. Il est un fait : la tuberculose est une maladie sociale, le devoir et l'intérêt des Pouvoirs Publics et des Caisses d'Assurances sociales est de doter le département de cet établissement de cure indispensable. La création de l'hôpital-sanatorium demeure notre charte — selon le mot cher au Docteur Bertrand — puisse un jour prochain voir une union indispensable se faire en vue de la réalisation de cet aménagement sanitaire spécialisé !

QUE COUTE UNE TELLE ORGANISATION ?

Les frais de premier établissement comprenant la valeur de la location des immeubles des dispensaires, sont de 352.285 francs.

On peut évaluer la dépense d'entretien de toute cette organisation anti-tuberculeuse au total de 1.505.510 francs, non comprises les œuvres annexes (Situation générale de 1918 à 1933 des dispensaires)

TABLEAU N° I

Ces fonds proviennent de :	
Ministère	Fr. 115.000
Conseil général	170.000
Villes et Communes	169.585
Mission Rockefeller	34.000
Initiative privée et cotisations	585.340
Donnations et divers	352.285
Comité national du Timbre	79.300
Au total	Fr. 1.505.510

Les dispensaires dépensent pour le service médical, social et pour l'entretien, une somme annuelle de 100.000 fr., soit 10 fr. par an et par malade (le chiffre moyen des malades par an étant de 10.000).

Il est, par conséquent, moins coûteux de prévenir la maladie par une lutte méthodique que par la philanthropie. Comparons ce chiffre modeste de 10 francs par malade avec les sommes incroyables dépensées annuellement par l'Assistance Médicale Gratuite. La conséquence logique s'impose : N'est-il pas plus raisonnable de placer cet argent pour l'hygiène générale et la préservation antituberculeuse ? C'est un placement qui se traduira en peu d'années par une vie plus longue, moins de décès, moins de périodes de maladie et d'invalidité, moins de dépenses pour l'Assistance Médicale Gratuite !

QUELS SONT LES RÉSULTATS OBTENUS ?

Depuis 1918 jusqu'à ce jour, les dispensaires ont évolué dans la positivité du travail et en progression constante. Le nombre de malades dépistés et traités par nos dispensaires a augmenté d'année en année. Reportons-nous aux statistiques, l'évidence de cette activité permettra d'apprécier objectivement le rôle des dispensaires de l'Institut de Prophylaxie Sociale de l'Aube.

TABEAU N° 2

Malades en charge au 31 Décembre

Années :	1920	1921	1922	1923	1924
	<u>4.530</u>	<u>5.086</u>	<u>6.230</u>	<u>6.010</u>	<u>6.221</u>

Années :	<u>1925</u>	<u>1926</u>	<u>1927</u>	<u>1928</u>	<u>1929</u>
	7.093	7.307	9.264	8.572	8.728
Années :	<u>1930</u>	<u>1931</u>	<u>1932</u>	<u>1933</u>	<u>1934</u>
	11.587	13.201	15.914	11.983	14.271

TABLEAU N° 3

Nouveaux cas de tuberculose dépistés

Année 1930 : 451

(Hommes : 122 ; Femmes : 155 ; Enfants : 174)

Année 1931 : 692

(Hommes : 183 ; Femmes : 246 ; Enfants : 263)

Année 1932 : 736

(Hommes : 152 ; Femmes : 219 ; Enfants : 365)

Année 1933 : 434

(Hommes : 103 ; Femmes : 126 ; Enfants : 205)

Année 1934 : 611

(Hommes : 57 ; Femmes : 205 ; Enfants : 349)

TABLEAU N° 4

Activité des Dispensaires au 31 Décembre

(Rapport annuel moyen de 1918 à 1934)

Dossiers familiaux	1.118	
<i>Malades en traitement :</i>		
En charge au 1 ^{er} Janvier	1.315	
Nouveaux	612	
		1.927
<i>Malades en surveillance :</i>		
Dont civils	1.200	
Dont réformés ou ajournés	150	
		1.350

Malades diag. tub. pulmonaire	950	
Malades diag. tub. autres organes	216	
Malades non-tub. ou en observation	739	
		1.905
Malades entrés	11.201	
Visites à domicile	91	
Visites scolaires	41	
Visites urbaines et rurales	36	
Nombre de familles visitées	198	
Séances de consultations générales	526	
Séances de consultations de spécialité.....	471	
Examens de radiologie et laryngoscopie	678	
Examens de laboratoire	265	
Interventions orthopédiques	18	
Actinothérapie	990	
Pneumothorax	77	
Placements enfants colonies	37	
Placements enfants préventorium	48	
Placements adultes sanatorium	10	
Placements adultes hôpital	9	
Demandes sans résultat	6	
Secours individuels et à la famille	10.155	unités
Transferts	36	

Tutelle sociale rurale :

Familles nombreuses	182
Taudis	28
Enfants martyrs	5

Tel est le rendement. A ses fruits se juge un arbre. Et donc à lire ces graphiques année par année on se trouve de suite renseigné pour juger, documents en mains, la lutte dirigée par les dispensaires contre la tuberculose dans l'Aube.

La tuberculose est-elle en régression dans le département depuis que fonctionnent les dispensaires de l'Institut de Prophylaxie sociale ? C'est là une question à laquelle il est, aujourd'hui encore, impossible de répondre.

Les mesures de prophylaxie prises à l'égard de l'enfance ne pourront avoir leur traduction statistique que dans plusieurs années.

Cependant, les statistiques actuelles nous montrent qu'en ces 20 années d'activité antituberculeuse, la mortalité par tuberculose est passée, dans le département de l'Aube, de 220 à 180 décès pour 100.000 habitants.

Assurément l'activité des dispensaires antituberculeux de l'Institut de Prophylaxie Sociale de l'Aube n'est pas étrangère à cette baisse importante de la mortalité.

CONCLUSIONS

1° — La moyenne de la mortalité par tuberculose dans le département de l'Aube est supérieure à celle des autres départements.

Si l'organisation antituberculeuse et sanitaire du département était mieux organisée, les causes de cette mortalité se trouveraient en grande partie évitées.

2° — La véritable prophylaxie antituberculeuse doit viser à la suppression des causes capables d'engendrer la maladie. Elle doit rechercher également toutes les possibilités d'améliorer les conditions d'existence, de travail, de logement, etc.

Elle doit lutter pour une vie plus saine. Les organismes antituberculeux de l'Aube qui fonctionnent à partir de 1902 vont dans cette voie.

3° — L'analyse des statistiques de mortalité du département de l'Aube permet de constater qu'en 20 ans la mortalité par tuberculose est passée de 220 à 180 décès pour 100.000 habitants. Assurément

L'activité des organismes antituberculeux de l'Aube n'est pas étrangère à cette baisse importante de la mortalité.

4° — Les dispensaires antituberculeux de l'Institut de Prophylaxie Sociale de l'Aube n'ont pas cessé depuis leur création, de développer, d'améliorer et d'assouplir leurs différents services, afin d'obtenir dans la lutte entreprise le maximum de résultats. Son armement antituberculeux se compose de 12 dispensaires dont 3 urbains et 9 ruraux.

5° — La doctrine initiale du dispensaire de prophylaxie, telle qu'elle a été formulée par Calmette en 1899, doit évoluer. A côté de ses 2 missions principales — la prophylaxie sociale et le diagnostic précoce — le dispensaire moderne tend à remplir le rôle de centre de traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire.

6° — Le nombre de cas dépistés précocement augmente progressivement, le plus grand nombre d'entre eux pourtant n'est encore dépisté que tardivement. Le dépistage des malades demande à être intensifié. L'inspection médicale des écoles, des usines et des ateliers vont remédier à cette situation dans un temps prochain.

7° — La contamination familiale, observée dans le département, est de 25 à 35 %. Le dispensaire doit centrer toutes les mesures d'hygiène et de prophylaxie sur le milieu familial. Les membres de la famille du tuberculeux sont soumis à des examens radiologiques et cliniques en série tous les 3 mois et ceci jusqu'à 2 ans après la mort du malade.

8° — En dépit d'un effort sans précédent dans l'histoire de l'hygiène du département de l'Aube, poursuivi sans défaillance pendant plus de trente

années, en dépit des magnifiques réalisations qui se traduisent par des chiffres éloquentes, l'œuvre anti-tuberculeuse est loin d'être achevée. Notre organisation comporte encore d'importantes lacunes qu'il importe de combler sans retard.

9° — Tant que le département de l'Aube n'aura pas un établissement de cure à lui où il pourrait réaliser une hospitalisation rapide, seule efficace, le chiffre des tuberculeux dans les familles augmentera infailliblement. Le type d'un hôpital-sanatorium convient actuellement mieux que tout autre pour le département de l'Aube.

10° — Toute l'organisation anti-tuberculeuse des dispensaires mise en mouvement depuis 20 ans, périlitera, si une aide morale et continue, ainsi qu'un appui matériel, ne sont pas constamment apportés par les Pouvoirs Publics.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- E. AMSLER et B. FEVRIER. — La diminution de la mortalité tuberculeuse par l'action prophylactique des dispensaires (Revue de Phtisiologie, 10 juillet-août 1929).
- Armand DELILE. — Le service social dans les collectivités contemporaines. Delagrave, 1930.
- Paul BERTRAND. — L'œuvre antituberculeuse départementale. Imprimerie Troyenne, 1916.
- Guide Social du Département de l'Aube. Troyes, 1907.
- Guide Social du Département de l'Aube. Troyes, 1931.
- Rapports présentés aux Assemblées Générales de l'Institut de Prophylaxie Sociale, 1916 à 1934.
- Rapports présentés aux Assemblées Générales de l'Œuvre Grancher.
- LÉON BERNARD. — L'organisation de la lutte antituberculeuse en France : publication du Comité national de défense contre la tuberculose (1931).
- BURNET (E.). — La prophylaxie de la tuberculose. Masson 1933.
- BROUARDEL et ARNAUD. — L'organisation antituberculeuse française. Masson, 1934.
- BEZANÇON (F.). — Les bases catuelles du problème de la tuberculose. Gauthier-Villars, 1932.
- BRUNO (Alexandre). — Contre la Tuberculose, 1925.
- S. DANAGGIO. — A proposito di dispensari antituberculari (Riforma Med. 46,9 juin 1930).
- J. PARISOT — L'organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental. Berger-Levrault, 1928.
- Le projet d'Équipement national et les Assurances Sociales. Berger-Levrault, 1934.
- La collaboration du corps médical avec le dispensaire (Revue de Phtisiol. Méd. Soc. 8, 1927).
- R. H. HAZEMANN. — Le service Social Municipal : édité par Le Mouvement Sanitaire, 1928.
- Tentatives de mise au point d'un dispensaire type. « Le Mouvement Sanitaire », N° 71, 1930.
- WEBER. — Richtlinien der Tuberculose Beratungsstellen. (Ver eins bl. d. pfalz. Aerzte, N° 40, Août 1928).
- Rapports présentés au Congrès National contre la Tuberculose. Masson.
- Rapports annuels du Service de la Statistique du Comité national de défense contre la tuberculose.
- L'Éducation Sociale.
- Rapports présentés aux Assemblées Générales de la Société d'Éducation Familiale, Troyes.

